Lane Medical Library

Ueber Dipsomanie.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 12. August 1884

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Ernst Rothamel

aus Witzenhausen (Prov. Hessen-Nassau).

OPPONENTEN:

Herr ILSE, Dd. med.
Herr OESTREICHER, Cand. med.
Herr REINBRECHT, Cand. med.

BERLIN.

BUCHDRUCKEREI VON M. NIETHE,

Kurstrasse 18 19.

SEINEN THEUREN ELTERN

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM VERFASSER.

Die erste Schilderung von den schädlichen Folgen des übermässigen Genusses geistiger Getränke findet sich im Plinius (Histor. natur. lib. XIV. c. 22): *ex ebrietate pallor, genae pendulae, oculorum ulcera, manus tremulae, ferales somni, iniquies nocturna.* Die Beschreibung desselben Zustandes von Seneca (Epist. 93) ist um so interessanter als die des Plinius, als er schon die Hallucinationen *(oculorum auriumque tormenta)*, überhaupt das ganze Bild des Delirium tremens gekannt zu haben scheint.

Erst von der Mitte des 16. Jahrhunderts an wird die medicinische Literatur reichhaltig an Monographien, Dissertationen und Tractaten etc. über die schädlichen Folgen alkoholartiger Getränke, was daraus zu erklären ist, dass die von den Arabern im 11. Jahrhundert gemachte Erfindung, aus Wein und Trauben den Alkohol zu bereiten, ein Getränk schuf, das zuerst freilich nur als Geheim- und Universalmittel Anwendung fand, bald aber durch neue Erfindungen der Bereitungsart aus Getreide und Kartoffeln billiger und reichlicher producirt, zum diätetischen und prophylaktischen, schliesslich zum allgemeinen Genussmittel wurde. Mit dem Genuss und Missbrauch des berauschenden Getränkes in concentrirter Form treten auch die Krankheitserscheinungen als Folgen des Missbrauches deutlicher und häufiger hervor und werden leichter erkannt.

Die vollständigste Zusammenstellung dieser Literatur findet sich bei Magnus Huss (Alcoholismus chronicus, 1852 p. 286. ff.).

Bis in das zweite Decennium unsres Jahrhunderts behandeln die hier angeführten Werke nur Krankheitsformen, in denen der Abusus spirituosorum lediglich als ätiologisches Moment fungirt.

Der Genuss selbst, vielmehr der unwiderstehliche Trieb zu Excessen in Alcoholicis, wurde zuerst 1817 von Salvatori und ausführlicher 1819 von Brühl-Cramer als Krankheit erkannt und beschrieben.

Mit der Aufstellung dieses neuen Krankheitsbildes wurde leider auch eine grosse Verwirrung in den Ansichten über dasselbe geschaffen, einmal weil die Beobachtungen mangelhaft waren, und dann das ungenau Beoachtete mit wenig Geschick benannt wurde.

Salvatori nannte die neue Krankheit Oinomania, womit der Franzose Rayer bereits das von dem Engländer Sutton 1813 beschriebene Delirium tremens benannt hatte.

Brühl-Cramer hatte seinen Beobachtungen den vollständig correcten Titel: „Ueber die Trunksucht“ gegeben. Hufeland übersetzte ihn in seiner empfehlenden Vorrede zu dem kleinen Werk mit Dipsomanie: ein doppeltes Unglück, einmal weil das gelehrte Wort nicht Trunksucht, sondern Sucht nach Durst bedeutet, und dann, weil die von Brühl-Cramer gemachten Beobachtungen sich auf zwei zu verschiedene Gebiete — das Laster und die Krankheit — erstrecken, um mit demselben Terminus benannt werden zu können.

Von den fünf verschiedenen Formen der Trunksucht die Brühl-Cramer beschreibt, von der anhaltenden, nachlassenden, intermittirenden, periodischen und vermisch-

ten, hat nur die periodische Trunksucht ein Anrecht darauf, als Krankheit aufgefasst zu werden und den Namen Dipsomanie zu erhalten; aber nicht jeder von ihm unter dieser Kategorie beschriebene einzelne Fall leidet an Dipsomanie. Die andern Formen, von ihm an anderer Stelle als continuelle Trunksucht zusammengefasst, sind nichts weiter als die auf dem Laster und niederen Begehrungstrieb beruhenden Gewohnheiten und Erscheinungen des chronischen Säufers.

Dies erkannten bereits 1828 Clarus und an ihn sich eng anschliessend 1830 Henke, die mit Dipsomanie nur den periodisch auftretenden Trieb zum Trinken bezeichnen, aber in einen andern Fehler verfallen, dadurch dass sie aus den Complicationen der Dipsomanie, namentlich dem Delirium tremens, besondere Krankheitsbilder aufstellen, die Hallucinatio ebriosa und die Amentia ebriosa.

Was nun diese ersten Autoren (zu denen auch Erdmann, der 1823 in seinen Beiträgen zur Kenntniss von Russland die „Saufsucht, Sapôi“ beschreibt, zu rechnen ist) als Dipsomanie beschrieben haben, ist kurz folgendes.

Auf der Basis der durch langjährige Excesse in Spirituosen hervorgerufenen physischen Veränderungen im Nervensystem, den Verdauungsorganen und dem Blut entwickelt sich allmählich eine typische Krankheit, die in periodisch auftretenden Anfällen von Trunksucht besteht und weiter dadurch charakterisirt ist, dass in den anfallsfreien Pausen Abscheu vor geistigen Getränken besteht. Der einzelne Anfall gleicht in seinem Verlauf einer fieberhaften Krankheit und zerfällt in ein Stadium prodromorum, iniementi und criseos. Hervorgerufen werden die Anfälle durch Gelegenheitsursachen, deprimirende Gefühle, Abdominalreize, Langweile etc.

Die Krankheit ist eine rein somatische, ein zu krankhafter Höhe gesteigertes, körperliches Bedürfniss und „ebensowenig eine Seelenkrankheit als das Jucken bei gewissen Hautkrankheiten". „Die Harmonie der Seelenthätigkeit ist nur insofern gestört, als der Wille partiell und von aussen durch den Anreiz zum Trinken beschränkt wird."

Die Symptomatologie der einzelnen Anfälle, wie sie namentlich von Brühl-Cramer gegeben ist, beruht auf guter und genauer Beobachtung, und es ist vielleicht nur dabei zu bemerken, dass das Wesentliche zu wenig von dem Unwesentlichen unterschieden wird; aber die Auffassung der ganzen Krankheit als rein somatische und die ätiologische Begründung, dass sie sich lediglich auf dem Boden des chronischen Akloholismus entwickele, müssen als mangelhaft und einseitig bezeichnet werden.

Die Frage nach der Aetiologie stellt sich für uns sogar so: ob sich die Dipsomanie überhaupt als Folge von Abusus spirituosorum entwickeln könne?

Eine gewisse Periodicität im Trinken kann sich beim chronischen Säufer freilich entwickeln, sei es, dass bestimmte Löhnungstage ihn zeitweise in die Lage versetzen, sich das geliebte Getränk in reichlicherer Menge zu verschaffen, oder dass er durch Gewissensbisse und einen letzten Rest moralischer Kraft, die vielleicht in einem tüchtigen Magenkatarrh eine gelegentliche Stütze findet, für einige Zeit zur Nüchternheit gebracht wird.

Niemand wird diese Periodicität im Trinken mit der bei Dipsomanie auftretenden für pathologisch gleichwerthig halten. Immerhin aber sind solche Fälle als Dipsomanie beschrieben. Noch 1874 wird von Buchnill und Hak Tuke (Manual of psychological medicine) ein Fall weitläufig beschrieben, bei dem die intervalläre

Nüchternheit das erste Mal aus guten Vorsätzen und der Unmöglichkeit sich wegen zu grosser Schwäche in die Kneipe zu begeben resultirt, das zweite Mal durch den Zwang eines Temperenzlervereins erzielt wird. In den neun Monaten nach Austritt aus dem Verein, in denen Patient noch beobachtet wurde, ist er dann nie längere Zeit nüchtern geworden.

Dieser und ähnliche Fälle gehören nach Magnan zu den „nombreux alcoolisés repentants". Jedoch kann man nicht wie Magnan so weit gehen und dem chronischen Alkoholismus jegliche ätiologische Bedeutung absprechen. Freilich ist die Entstehungsweise der Dipsomanie aus demselben nicht so einfach und unmittelbar, als sie sich die ersten Autoren bei ihrer einseitigen Auffassung der Krankheit als rein somatischer dachten.

Magnus Huss, der in seinem Werk Alcoholismus chronicus in der ätiologischen Frage denselben exclusiven Standpunkt einnimmt wie Brühl-Cramer und die andern, für die Dipsomanie aber neben der Ansicht, dass sie eine rein physische Erkrankung sei, auch den Begriff einer geistigen Erkrankung vindicirt, theilt eine Krankengeschichte mit, in der Patient, nachdem bei ihm seit fünf Jahren die Symptome des chronischen Alkoholismus bestanden, einer wohlcharakterisirten Dipsomanie verfällt. Ein analoger Fall findet sich in Horns Vierteljahrschrift von Liman mitgetheilt.

Namentlich aus ersterer Krankengeschichte geht hervor, dass vor dem Auftreten der Dipsomanie sich eine allgemeine psychische Umwandlung des Individuums vollzog. Die betreffende Stelle lautet: „Der bisher ruhige und friedliche Mann fängt plötzlich, ohne alle Veranlassung, an, argwöhnisch, misstrauisch und zornig zu werden, klagt über Schlaflosigkeit, Beklemmung und

Mangel an Appetit". Nach einigen Tagen treten heftige Sypmtome einer maniakalischen Erregung auf, in der Patient solange trinkt, bis er einem tiefen Schlaf verfällt.

Aus dem chronischen Alkoholismus entwickelt sich also zunächst, wie dieser Fall beweist und die alltägliche Beobachtung in den Irrenhäusern lehrt, eine psychische Störung, in deren Gefolge Dipsomanie auftreten kann.

Unabhängig von den ersten Autoren und von einem ganz anderen Standpunkt aus beschrieb Esquirol die periodische Trunksucht und reihte sie unter seine Gruppe der Monomanien als Monomanie d'ivresse ein. Sie ist nach ihm eine Erkrankung des Willens, eine Monomanie instinctive. Die geistigen Functionen, das ganze Seelenleben, sind intact bis auf die eine isolirte Erkrankung des Willens, die darin besteht, dass der krankhafte Trieb zum Trinken durch nichts gehemmt werden kann.

Diese Anschauung sowohl als seine Lehre von den Monomanien überhaupt hat nicht lange bestehen können. Denn sie beruhte einmal auf der unlogischen Eintheilung der Seele in Gefühl, Verstand und Wille, und dann auf der falschen Beobachtung, wonach partielle Erkrankungen einzelner Seelenvermögen ohne anderweitige Symptome geistiger Erkrankung bestehen sollten.

Trotzdem aber, dass die genaueren Beobachtungen späterer Autoren längst ergeben haben, dass bei den sogenannten Monomanien stets Symptome einer allgemeinen Erkrankung der Psyche vorhanden sind, ist das Wort Dipsomanie noch heute in Gebrauch. Aber es bezeichnet nicht mehr ein wohlcharakterisirtes Krankheitsbild, sondern ein Symptom einer psychischen Erkrankung, das aber so sehr gegenüber den andern Symptomen in

den Vordergrund tritt, dass man seinetwegen eine besondere Varietät geistiger Erkrankung aufstellen kann.

In diesem Sinn schildert Krafft-Ebing die Dipsomanie als Varietät der periodischen Manie und stellt sie damit auf gleiche Stufe mit der Nymphomanie, die gleichfalls deshalb als eine Varietät der Manie zu betrachten ist, weil bei ihr der krankhaft gesteigerte Geschlechtstrieb und die krankhafte Art seiner Befriedigung die prädominirende Erscheinung bildet.

Er schildert den Anfall folgendermassen: „Der bisher solide, dem Alkoholgenuss oft geradezu abholde, nur neuropathische, gemüthsreizbare Kranke zeigt als Prodromi des nahenden Anfalls Stunden oder Tage lang Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Vollheit, Schwere des Kopfes, Kopfschmerzen, Fluxion zum Gehirn, Schwindel, subjective Gesichts- und Gehörsempfindungen, gesteigerte Gemüthreizbarkeit, Beklommenheit in den Präcordien und Bewegungsunruhe. Nun erwacht der unbezwingliche Trieb zum Saufen. Der Kranke eilt von Schenke zu Schenke, giesst mit unglaublicher Hast und Gier Alkoholika und wären sie selbst der ordinärste Fusel, gereicht in den unsaubersten Gefässen, hinunter. Unter anhaltender Bewegungsunruhe, Schlaflosigkeit und Fluxion zum Gehirn beherrscht ihn Tag und Nacht dieser Drang. — Nach einigen Tagen, zuweilen erst nach Wochen, lässt der Paroxysmus nach. Der Kranke verfällt in einen Erschöpfungszustand, in welchem, als Folgen des masslosen Alkoholgenusses, Magenkatarrh, Erbrechen, Betäubung, collapsusartige Erscheinungen, Tremor, zuweilen auch Phantasmen beängstigenden Inhalts erscheinen. Nach 1—3 Tagen weicht dieser stuporöse Zustand dem intervallären geistigen und körperlichen Wohlbefinden".

Dieses Krankheitsbild wird durch eine Kranken-

geschichte illustrirt. Hier wird von der Patientin, die zuerst an halbjährlichen, dann vierteljährlichen zuletzt menstrualen Anfällen litt, erzählt: „Patientin wurde dann (im Anfall) hochgradig reizbar, zornig, brutal, entwickelte einen vorzugsweise in unangenehmen Reproductionen sich bewegenden Gedankendrang, unwiderstehlichen Drang zum Saufen, wurde unhaltbar, schlaflos, im Bewusstsein tief gestört, stürzte gierig, was sie nur von alkoholischen Getränken bekommen konnte, hinunter, tobte, schäumte vor Wuth, wälzte sich am Boden, wenn man sie an der Befriedigung dieses Dranges zu hindern versuchte". — Die Lösung des Anfalls war immer eine plötzliche. Die Erinnerung an die Erlebnisse während des Anfalls nur eine summarische. „Intervallär war sie hochgradig reizbar, zeigte grossen Stimmungswechsel, perhorrescirte den Genuss von Spirituosen." Zu bemerken ist ausserdem noch, dass Patientin vor Auftreten der Dipsomanie bereits in ihrem 15. Jahr 8 Monate lang irrsinnig gewesen war.

Die der Dipsomanie in diesem Fall zu Grunde liegende Störung ist ohne Zweifel eine maniakalische und gleicht wegen der Schwere der andern Symptome mehr der Mania furiosa als der leichtern Form der maniakalischen Exaltation. Doch auch bei diesen leichtern Formen, wenn sie periodisch verlaufen, kommen zeitweise Anfälle eines gesteigerten Triebes nach Alkoholgenuss vor.

Einen hierher gehörigen Fall theilt Grinsinger mit. Patient, ein junger tüchtiger Landwirth in äussern glücklichen Verhältnissen, wird zeitweise im höchsten Grad unternehmend, vielgeschäftig, rastlos, zeigt übermässiges Selbstvertrauen, ein etwas geschwächtes Urtheil und eine gesteigerte Lebhaftigkeit in all seinem gewöhnlichen Treiben, z. B. seiner Pferde- und Hundeliebhaberei.

Sonst im Genuss geistiger Getränke mässig, zeigt er jetzt eine grosse Neigung zu denselben, ohne sich indessen zu berauschen. Intervallär besteht ein klares Einsehen über das Krankhafte dieser Anfälle und lebhaftes Bedauern darüber, dass er der Masturbation huldige, in der er die Ursache seines Leidens zu erblicken glaubt.

Der Unterschied und das Gemeinsame beider Krankheitsbilder fällt sofort in die Augen. In dem ersten Fall tritt das sinn- und maasslose Verlangen nach Alkohol als eine krankhafte brunstartige Gier auf, analog der geschlechtlichen Brunst Nymphomanischer, im andern Fall entfernt sich der gesteigerte Alkoholgenuss nur wenig von der physiologischen Breite dieses Genusses; aber entspringt ebensowenig wie im ersten Fall einem physiologisch gefühlten Bedürfniss, sondern einem pathologischen Zustand seines Gehirns, den wir nach seinen Symptomen als maniakalische Exaltation bezeichnen. In beiden Fällen ist das gesteigerte Verlangen nach Spirituosen als eine Theilerscheinung der Manie und aus deren eigenstem Wesen zu erklären, das in einer Aenderung der Selbstempfindung und dem abnorm erleichterten Ablauf psychischer Acte bis zur völligen Ungebundenheit der psychomotorischen Seite des Seelenlebens besteht. In dem ersten Fall herrscht völlige Ungebundenheit der psychomotorischen Sphäre, in dem zweiten Fall nur ein abnorm erleichterter Ablauf psychischer und motorischer Acte.

Die vorhergehende Betrachtung über die Dipsomanie als Begleiterscheinung der periodischen Manie zeigt im Vergleich zu der Beschreibung der ersten Autoren über die periodische Trunksucht, ebenso im Vergleich zu der Lehre Esquirols über die Monomanie d'ivresse, dass wir

genöthigt sind dem Wort Dipsomanie einen andern begrifflichen Inhalt zu geben, dass wir aber dem Wort mit dem neuen Inhalt einen Platz in der Psychiatrie einräumen können. Wir haben die Entwicklung der Dipsomanie aus dem chronischen Alkoholismus nur als eine mittelbare, bedingt durch vorherige psychische Umstimmung des Individuums, zugeben können und begreifen unter Dipsomanie nicht mehr weder eine rein somatische Krankheit wie Brühl-Cramer, noch eine partielle Erkrankung des Willens wie Esquirol, sondern die Begleiterscheinung einer psychischen Erkrankung mit den charakteristischen Symptomen psychischer Exaltationszustände — der Manie und der Tobsucht.

Doch enthält die psychiatrische Literatur noch eine grosse Anzahl Krankengeschichten von Dipsomanie, die sich nicht ohne Weiteres unter den eben entwickelten Krankheitsbegriff subsummiren lassen, weil in diesen Fällen keine primären maniakalischen Symptome vorhanden sind, sondern entweder überhaupt fehlen, oder erst in Folge der Alkoholintoxication auftreten.

Prof. Mendel hat das Verdienst, das ganze literarische Material über Dipsomanie in vier Hauptgruppen geordnet zu haben.

Nach ihm sind als Dypsomanie beschrieben:

1. Krankheitszustände von periodischen Psychosen, bei denen neben andern krankhaften Symptomen auch Neigung zum Trinken auftritt (Manie, epileptische und hysterische Geistesstörungen, Melancholia hypochondriaca).
2. Fälle von zeitweiser exacerbirender Moral insanity.
3. Fälle von periodisch auftretenden Neurosen, in denen die Kranken den Alkohol als Erleichterungs-

resp. Betäubungsmittel benutzen, wobei vorhandene Willensschwäche zu masslosem Missbrauch führen kann.

4. Fälle von Polydipsia, wobei es dem Kranken auf die Qualität des Getränkes nicht ankommt, sondern auf die Löschung seines Durstes.

Streng genommen könnte man nur bei maniakalischen Zuständen von Dipsomanie reden und für die andern Fälle von periodischer Trunksucht müsste man dann andere Bezeichnungen wählen, beispielsweise eine Dipsomelancholie, Dipsoepilepsie etc. aufstellen. Diese terminologische Bereicherung wäre jedenfalls sehr misslich, solange die Psychiatrie noch kein streng durchgeführtes System besitzt.

Prof. Mendel hat es unentschieden gelassen, bei welchen von den angeführten Krankheiten man von Dipsomanie reden könne, bei welchen nicht. Ich denke die Moral insanity, die Polydipsie und die hysterischen Geistesstörungen haben keinen Anspruch darauf. Bei der Moral insanity (angeborene oder erworbene Imbecillität) sind Alkoholexcesse nichts Ungewöhnliches, doch verlaufen diese Anfälle weder besonders typisch, noch erreichen sie irgend eine grössere Bedeutung, da im Allgemeinen Intoleranz gegen Alkohol besteht; auch treten sie gegenüber den anderen Symptomen, die sich aus dem moralischen Defect des Patienten ergeben, mehr in den Hintergrund.

Die Alkoholexcesse bei Hysterischen reihen sich unter die bei ihnen als Perversitäten des Geschmackes beschriebenen Erscheinungen.

Endlich die Polydipsie verliert für uns schon deshalb an Interesse, weil diesem Symptom das Specifische des berauschenden Getränkes fehlt; ausserdem wird sie

wohl nur, wie die Polyphagie bei Blödsinnigen, wegen mangelndem Sättigungsgefühl beobachtet.

Bei der Melancholie, Epilepsie und verschiedenen periodisch auftretenden Neurosen kommt jedoch ein Symptomencomplex vor, den man mit Recht als Dipsomanie bezeichnen kann: 1) weil er dem bei der Manie beobachteten in gewissen Beziehungen ähnelt; 2) weil dieser Symptomencomplex in ganz typischer Weise verläuft.

In allerjüngster Zeit sind von Magnan im Progrès médical acht Fälle von Dipsomanie veröffentlicht, die der berühmte Psychiatriker sämmtlich, wie die Dipsomanie überhaupt, als eine Theilerscheinung (syndrôme) der Melancholie impulsive betrachtet und von denen er sagt: *chez tous les dipsomanes, l'impulsion (à boire) est précédée des mêmes prodrômes et se traduit de la même façon avec cette seule différence, que l'entourage s'aperçoit plus au moins vite de la maladie.*

Dementgegen habe ich zunächst auf die obige Auseinandersetzung über die Dipsomanie bei maniakalischen Zuständen zu verweisen, und behaupte ferner, dass die von Magnan beschriebenen Fälle sich mindestens nach der Schwere der zu Grunde liegenden Melancholie unterscheiden und ein verschiedenes Bild in der Genese bieten.

Von den Symptomen nennt er als stets bei jedem Anfall typisch wiederkehrende: 1) psychiche: unbestimmtes Gefühl von Traurigkeit, Depression, Entmuthigung, Arbeitsscheu, grausige Vorstellungen, Furcht, Verbitterung, Gemüthsverstimmung, Gleichgiltigkeit; 2) physische: Appetitmangel, Präcordialangst, Magenkrampf, Gefühl von Zugeschnürtsein des Halses, Abneigung gegen solide Nahrungsmittel. Nachdem sich diese Erscheinungen

entwickelt haben, tritt dann — und zwar unmotivirt, fast automatisch — *l'irrésistible besoin de boire* auf.

Ausser dem sofort in die Augen springenden Unterschied zwischen diesen vorwiegend drepressiven und den oben angeführten exaltativen Symptomen ist noch weiter als charakteristischer Uuterschied zwischen beiden Dipsomanien hervorzuheben, dass in den von Magnan beschriebenen Fällen der Kranke nur nach langem, angestrengtem Sträuben und nach vergeblicher Anwendung der absurdesten Mittel (Vermischen des Getränkes mit Bitterstoffen, selbst mit dem eigenen Koth), um es sich zu verekeln, dem Trinken verfällt; während bei dem maniakalischen Dipsomanen von all diesen hemmenden psychischen Acten nichts zu beobachten ist, sondern das Trinken gerade als ein Beweis seines gesteigerten Thatendranges auftritt.

Aber auch unter den von Magnan geschilderten Fällen mache ich einen Unterschied, nicht aus Vergnügen am Klassificiren, sondern um je nach der Form des melancholischen Irreseins die richtige Erklärung für den Trieb des melancholischen Dipsomanen zu finden und den Zusammenhang dieses Triebes mit der gesammten psychischen Alteration festzustellen.

Wenn M. von einem jungen Mann, der hereditär belastet, erzählt, dass dieser mit furchtbarer Consequenz sechs oder sieben mal einen Conatus suicidii macht, sich von dem Tag einer unverdienten Züchtigung an mit Mordgedanken gegen seinen Vater trägt, auch in den luciden Zeiten stets sehr deprimirt ist und zeitweise schwere Alkoholexcesse begeht, so liegt hier eine schwere Form von melancholischer Zerrüttung vor. Die Dipsomanie ist dabei analog den Versuchen des Selbstmordes hervorgegangen aus einer treibenden Vorstellung, die, noch bevor sie

die Schwelle des Bewusstseins überschritten, bevor sie sich zur vollen Klarheit im Bewusstsein erhoben hat, sich bereits in eine Handlung umsetzt. Diesen Vorgang bezeichnen wir als impulsiven Act, psychischen Reflexvorgang.

In einem andern Fall von Magnau entwickelt sich die Dipsomanie aus einem ganz normalen, völlig klaren Gedankengang und erreicht erst secundär die Bedeutung eines impulsiven Actes.

Mari T., hereditär belastet, that als Marketenderin gelegentlich den ihr zutrinkenden Soldaten in harmloser und genügsamer Weise Bescheid, *le métier le voulait ainsi.* Mit 35 Jahren bekommt sie leichte Gefühlsverstimmungen und trinkt in mässiger Weise Liqueur, weil sie die zerstreuende Wirkung des Alkohols kennt. Sie geht dabei mit klarem Bewusstsein, mit der ausgesprochenen Absicht, die unangenehmen Empfindungen zu bannen, zu Werke. In der Folge prägt sich die melancholische Verstimmung immer mehr aus und die dipsomanischen Anfälle erreichen ihren Höhepunkt. Im ausgesprochenen Anfall imponirt freilich auch hier die Dipsomanie als impulsiver Act; in wie weit aber die hierin zu Tag tretende psychische Degeneration gleichbedeutend mit dem Fortschreiten der Melancholie ist, oder in wie weit das verhängnissvoll gewählte Zerstreuungsmittel Schuld an der Degeneration hat, ist in diesem Fall nicht zu entscheiden.

Ich lasse deshalb hier einen in Prof. Mendels Klientel beobachteten, bis jetzt noch nicht veröffentlichten Fall folgen, der uns mehr Aufklärung zu geben verspricht.

C., Leistenschneider, 53 Jahre alt, aus P. Der Vater des Patienten war Potator, hat aber ein Alter von 72 Jahren erreicht; seine Mutter starb 63 Jahre alt an einer

unbekannten Krankheit. Weder bei den beiden noch lebenden Geschwistern (zwei andere starben in den ersten Lebensjahren), noch bei den nächsten Verwandten sind Krankheiten des Nervensystems nachzuweisen.

Patient kam zuerst am 16. April 1865 in Behandlung des Prof. Mendel. Er war früher nie erheblich krank gewesen, bis etwa vor 3 Jahren sich bei dem früher nüchternen Mann eine Neigung zum Trunk eingestellt hatte. Er soll damals Kummer in der Familie und Nahrungssorgen gehabt haben. Seitdem soll er in gewissen Zwischenräumen so stark trinken, dass er schliesslich zu toben und zu deliriren anfängt und das Bett hüten muss.

Bei der Aufnahme ergiebt die Untersuchung einen mittleren Grad von Delirium tremens, das nach 5 Tagen einer Opiumbehandlung weicht.

Im Anfang October desselben Jahres leidet Patient an demselben Zustand, seitdem er vom April ab, eine kleine Attaque im Juli abgerechnet, stets nüchtern und arbeitsam gewesen war.

Die Erscheinungen des Deliriums schwinden ebenfalls bei Opiumbehandlung schnell, und Patient macht folgende Angaben:

Vor etwa drei Jahren hätte er wegen Kummer und Sorgen viele schlaflose Nächte gehabt, es sei ihm auch bei Tage sehr ängstlich gewesen; er hätte ein Gefühl von Angst und Unruhe in der Herzgrube gehabt, hätte nicht mehr wie früher arbeiten können und die Hände hätten ihm gezittert. Dieser Zustand habe mehrere Wochen gedauert, jedoch habe er keinen Arzt gefragt, sondern die Unruhe selbst zu unterdrücken gesucht. Da habe ihm seine Frau, weil seine Berufsgenossen in Berlin Quartal gehabt hätten, aufgefordert, doch auch hinzugehen und sich zu zerstreuen. Während er früher

den Schnaps gehasst hätte, da er bei seinem Vater die Trunkenheit als abschreckendes Beispiel gesehen, und nur leichtes Bier, höchstens einmal einen Kümmel getrunken hätte, habe er bei jenem Quartal der Flasche reichlich zugesprochen, bis er Erleichterung von seinem drückenden Zustand gespürt. Zu einer Trunkenheit sei es damals nicht gekommen, und als nach einigen Tagen sein früherer gesunder Zustand wiedergekommen sei, habe er auch das Schnapstrinken wieder gelassen.

Seit jener Zeit sei nun wiederholt jener Zustand von Angst und Unruhe, zuerst alle 6—7 Monate, in letzter Zeit aber öfter wiedergekehrt, ohne dass er eine Veranlassung in äusseren Verhältnissen habe finden können.

Er habe sich immer gewehrt dagegen, wieder Schnaps zu trinken; aber seine Frau hätte ihm selbst zugeredet, wenn er mehrere Nächte schlaflos verbracht, doch einen Schluck zu trinken; und hätte er dies gethan, so hätte ihn ein unwiderstehlicher Drang getrieben weiter zu trinken. Sei gerade in diese Zeit, wie wiederholt, das Quartal gefallen, so sei dadurch sein Drang zum Trinken gesteigert worden. Die letzten Male habe er soviel getrunken, dass das Delirium bei ihm eingetreten sei. Er verabscheue den Trunk, durch den er seine Familie unglücklich mache.

Es wurde verabredet, dass Patient, sobald die ersten Zeichen der Krankheit einträten, zu Dr. Mendel schicken sollte. Dies geschah nach 8 Wochen, nachdem er eines Tages seiner Frau, die jetzt sehr aufmerksam auf ihn geworden war, in den letzten 24 Stunden verändert vorgekommen war.

Er selbst gab auch zu, etwas Angst in der Herzgrube zu haben, die Nacht über unruhig und von quä-

lenden Träumen geplagt zu sein. Schnaps hatte er noch nicht getrunken.

Es wurde nun 5 Tage hintereinander her morgens und abends 0,02 resp. 0,03 Morphium injicirt, steigend bis auf 0,04 resp. 0,05. Patient erschien nach dieser Zeit, ohne dass er Schnaps getrunken hatte, wieder gesund.

Der nächste Anfall stellte sich nach 3 Monaten ein. Auch diesen gelang es in derselben Weise, jedoch erst nach 10tägiger Behandlung, zu coupiren.

Durch äussere Umstände (Feldzug 1866) gezwungen, konnte die Behandlung in den nächsten Anfällen nicht durchgeführt werden, die in ziemlich regelmässigen Zwischenräumen von 3 Monaten wiederkehrten und fast vollständig gleichmässig verliefen. Nach 2—3tägigem Angstgefühl entschloss sich Patient in seiner Verzweiflung wieder zu dem alten Mittel, das er in steigenden Quantitäten genoss, bis ein Delirium tremens das Trinken unterbrach. Die Genesung trat ca. 4 Wochen nach Beginn des Anfalls auf. Der Versuch, einen Anfall im Anfang des Jahres 1867 durch Morphiumbehandlung zu unterdrücken, mislang, wahrscheinlich weil bereits das Angstgefühl schon mehrere Tage bestanden hatte.

Die Anfälle wurden in den Jahren 1867—1869 häufiger und folgten sich schon alle 4 – 6 Wochen.

Auch in den Pausen war Patient ein Anderer gegen früher geworden: vergesslich, träge, deprimirt.

Noch ehe nach dem vorletzten Anfall die Folgen des Alkoholismus überwunden waren, trat ein neuer mit heftigem Delirium tremens ein, zu dem sich eine Pneumonie gesellte. Patient ging an derselben zu Grunde.

Die Section, nur für den Schädel gestattet, ergab: Pachymeningitis chronica in mässigem Grade, Trübung

in den vorderen Partien der Pia, im Uebrigen aber in cerebro nichts Abnormes. —

Kann man bei diesem Fall das periodisch auftretende Trinken für einen impulsiven Act erklären? In den ersten Zeiten der Erkrankung auf keinen Fall. Vielmehr geschieht es mit völlig klarem Bewusstsein, geschieht erst jedesmal nach langem Kampf, indem das physiologisch gefühlte Bedürfniss nach einem beruhigenden Mittel gegen den krankhaften Reiz des Angstgefühls auf der einen Seite, das Verständniss für das Gefährliche dieses Mittels (Erinnerung an das Unglück seines Vaters) auf der anderen Seite steht. Nachdem sich der Alkohol dem Kranken als wirksames, als einzig wirksames Mittel erwiesen hat, tritt der Kampf zwischen dem Bedürfniss und den eignen Gegenvorstellungen mehr in den Hintergrund des Bildes, und das Trinken kann jetzt als impulsiver Act imponiren. Man ist entweder auf die Annahme angewiesen, dass das Fortschreiten der Melancholie, vielmehr des dieser zu supponirenden Gehirnleidens, in Gemeinschaft mit den Folgen des Alkoholismus eine physische Degeneration zur Folge hatte, bei der einzelne Handlungen nicht mehr zum Bewusstsein gelangen, — oder anzunehmen, dass der Vorgang nach wiederholtem Ablauf verkürzt und vereinfacht erscheint, folglich in seinen Einzelheiten nicht mehr deutlich zu verfolgen ist. — In wie weit dieser Fall aus Dr. Mendels Klientel ein weiteres Interesse bietet, werde ich später besprechen.

Die Fälle, in denen man die Dipsomanie als auf epileptischer Grundlage entstanden beobachtet hat, reihen sich den eben behandelten melancholischen insofern an,

als der Symptomencomplex ein vorwiegend depressiver ist und die Dipsomanie bei den schwereren Fällen von epileptischem Irr sein als psychischer Reflexact auftritt, bei den leichteren Formen der epileptischen Aequivalente zunächst aus dem psysiologisch gefühlten Bedürfniss hervorgeht, die Angst oder andere unangenehme Empfindung zu verscheuchen.

Hierher gehörige Fälle sind in zwei aus der Westphal'schen Klinik hervorgegangenen Dissertationen von Wilth 1869 und Praetorius 1882 veröffentlicht. Dort finden sich auch noch einige weitere Fälle von Foville und Huss.

Die durch Neurosen bedingte Dipsomanie hat bis jetzt nur von Prof. Mendel Berücksichtigung gefunden. Der von ihm geschilderte Fall ist so instructiv, dass ich ihn im Auszug mittheile.

„Periodische Neurose des Darmes. Zur Bekämpfung desselben Cognac. Missbrauch desselben und Alkoholismus. Mit zeitweiser Beseitigung der Neurose Aufhören der Dipsomanie. Bei wiederholter Wiederverkehr Suicidium."

Der Vater des Patienten war der Trunksucht ergeben; ausserdem ist kein Moment erblicher Belastung nachzuweisen. Patient, gesund bis auf einen zur Zeit eines Rheumatismus artic. acut. acquirirten Herzfehler, hat eine gute Schulbildung genossen und stets zur Zufriedenheit seiner Prinzipale gearbeitet. Gedächtniss gut; richtiges Urtheil über seinen Zustand. 6 Monate vor seiner Aufnahme in die Anstalt (im 28. Lebensjahr) tritt alle 6—8 Wochen unter höchst unangenehmen dyspeptischen Erscheinungen eine Neurose des Darmes auf, gegen die alle ärztliche Behandlung erfolglos bleibt. Da versucht Patient selbst das Uebel bei einem neuen Anfall mit

Cognac zu bekämpfen und glaubt Erfolg zu haben. Beim dritten Anfall, während dem er Cognac trinkt, verfällt er dem Delirium tremens. Durch die Anstaltsbehandlung gelingt es die Neurose auf längere Zeit (9 Monate) zu beseitigen, und die Dipsomanie bleibt in dieser Zeit sowie in der nächsten Zeit ausserhalb der Anstalt fort, sodass Patient eine Inspectorstelle annehmen kann. Ein neuer Anfall führt den Patienten aus Verzweiflung über die Unheilbarkeit seiner Neurose zum Suicidium.

Die einzelnen Anfälle verlaufen typisch. Bei dem ersten Zeichen der einsetzenden Neurose — vermehrtem Stuhldrang — Angst und Verstimmung über den Zustand, der ihn an das Closet fesselt. Zum Cognac greift Patient dann, um den Stuhldrang und die Angst zu bekämpfen. In den beiden ersten Anfällen, wo er trinkt, erreicht er diesen Zweck, ohne trunken zu werden, beim dritten bekommt er Delirium.

In diesem Fall ist es die im Volk soweit verbreitete Ansicht über die heilende Wirkung des Alkohols auf dyspeptische Zustände, welche den Patienten zur Dipsomanie führt. Er würde nie Dipsomane geworden sein, wäre es gelungen die Neurose zu beseitigen. Dies anzunehmen ist man berechtigt, da Patient im richtigen Urtheil über seine Krankheit zuerst wiederholt ärztliche Hilfe aufsucht, und zweitens, da er in der anfallsfreien Zeit keinen Cognac trinkt.

Es ist, wie schon die unglückliche Uebersetzung von Trunksucht mit Dipsomanie (Durstsucht) durch Hufeland ebenso wie viele Angaben der Autoren über den intensiven Durst der Dipsomanen beweisen, ein grosser Werth auf dies Durstgefühl als pathologische Erscheinung gelegt. Ich glaube nicht, dass dies berechtigt ist. Ein-

mal wird er sicher von vielen Patienten als schlechtgewählter Entschuldigungsgrund für das vermeintliche Laster angegeben; zweitens beweisen die Patienten, namentlich die melancholischen, dadurch, dass sie von den grossen Dosen der alkoholischen Getränke im Verlauf ihres Leidens zu den kleinen, sogar subcutanen Dosen der Narkotika übergehen, dass es ihnen auf die narkotische, nicht auf die durstlöschende Wirkung ankommt. Die Wahl der Getränke scheint nur von äussern Verhältnissen und dem je nach der gesellschaftlichen Stellung des Patienten verschiedenen Geschmack abzuhängen. Ausser den gewöhnlichen alkoholischen Getränken — Wein, Bier, Liqueuren, Schnaps — finden sich in wenigen Fällen Aether und Eau de Cologne als Berauschungsmittel angegeben. Der Uebergang zu den Narkotika tritt erst dann ein, wenn der Kranke zufällig oder in Folge ärztlicher Behandlung erfahren hat, dass ihm die Narkotika bessere Dienste leisten als der Alkohol.

Es erübrigt noch einen Blick auf die physiologische Analogie zu dem psychopathologischen Charakter der Dipsomanie zu werfen, um diese in ihrer Gesammterscheinung genetisch zu begreifen. Ich denke, es ist dies Analogon zu finden bei der Dipsomanie leichter als bei vielen andern Aeusserungen geistiger Krankheit, da man gerade die Grenzen der physiologischen Breite für den Alkoholgenuss nicht scharf zu ziehen im Stande ist, vielmehr zugeben muss, dass das Physiologische in diesem Fall unmerklich in das Pathologische übergeht.

Der Genuss geistiger Getränke innerhalb physiologischer Grenzen findet statt im expansiven Affect zur Förderung einer heitern, ausgelassenen Stimmung, im depressiven zur Verscheuchung von Kummer, Gram und

Sorgen, und wenn ich noch hinzufügen soll, von Krankheit; jedesmal ist aber dann der Affect durch einen physiologischen Reiz, durch eine äussere Veranlassung, eine erheiternde oder betrübende hervorgerufen. Tritt dagegen der Affect durch einen inneren krankhaften Reiz auf, so kann, wie wir gesehen haben, in den leichtern Fällen der Alkoholgenuss immer noch bis zu einem gewissen Grad physiologisch genannt werden — insofern dieser krankhafte innere Reiz immer noch richtig und klar vom Bewusstsein interpretirt wird. Gelangt dieser Reiz aber nicht mehr über die Schwelle des Bewusstseins, sondern setzt er sich schon vorher in Handlung — das Trinken — um, so ist dieser Vorgang ein rein psychopathologischer.

Ueber Aetiologie der Dipsomanie im Besondern zu reden unterlasse ich, da sie als jedesmalige Theilerscheinung einer allgemeineren Krankheit dieselbe Aetiologie beansprucht als diese. Bemerkenswerth scheint mir jedoch gerade die Erblichkeitsfrage zu sein, die Magnan in seiner Abhandlung dahin entscheidet, dass die Erblichkeit die hervorragendste Ursache sei. Dem ist thatsächlich so. Aber nicht alle Eltern haben gleich viel zu vererben, und in Folge dessen wird die psychische Störung der Kinder auch graduell verschieden sein. Ich erinnere an das von Morel aufgestellte Gesetz über die Degeneration der Geschlechter durch Alkoholexcesse und mache folgende Bemerkung, zu der ich beim Ueberblick sämmtlicher Krankengeschichten gekommen bin: Es existirt leider keine Krankengeschichte, aus der man über das Geschick mehrerer Generationen unterrichtet würde. Jedoch zeigt sich fast durchweg bei den einzelnen Fällen, dass von einem Potator und ethisch verkommenen Vorfahr ein

Dipsomane der leichteren Form abstammt, und dass auf wirkliche psychische Erkrankung — mit und ohne Dipsomanie — die schwerere Form der Dipsomanie folgt.

Das ontologische Vorbild dieses degenerativen Processes der Generationen findet sich im Verlauf der einzelnen Dipsomanie darin, dass aus dem chronischen Alkoholismus eine psychische Umstimmung mit Dipsomanie hervorgehen kann, dass aus der leichtern, dem physiologischen Analogon nähern Form der Dipsomanie sich nach und nach die schwerere Form mit ausgeprägt psychopathologischem Charakter ausbildet.

Von der Behandlung habe ich noch einiges zu sagen, die — eine rein symptomatologische — sich fast ausschliesslich auf die Dipsomanie erstreckt, nicht auf den zu Grunde liegenden degenerativen Process, den aufzuhalten oder zu sistiren noch in keinem Fall gelungen.

In der Therapie der einzelnen Anfälle herrscht wohl kaum eine Meinungsverschiedenheit. Die segensreiche Wirkung der Narkotika ist wohl zu überzeugend, um bestritten werden zu können. Doch scheint mir Prof. Mendel bis jetzt der Einzige gewesen zu sein, der sie so glücklich prophylaktisch und geradezu mit coupirendem Erfolg angewandt hat, wie der oben ausführlich mitgetheilte Fall lehrt. Die Versuchung liegt nahe dem Patienten, wenigstens den leichter Erkrankten, oder dessen Angehörigen das Mittel an die Hand zu geben, damit durch Verzögerung oder Scheu vor der Anstaltsbehandlung nicht die kostbare Zeit verstreicht, in der sich der Anfall überhaupt noch coupiren lässt. Ein in der Westphalschen Klinik behandelter epileptischer Dipsomane blieb von Anfällen ausserhalb der Anstalt frei, weil er „gewitzigt durch die Anstaltsbehandlung“ sich Bromkali

verschafft hatte. Leider ist die Anwendung der Narkotika von Laienhand gefährlicher.

Ein ebenfalls von Prof. Mendel behandelter Patient war in ähnlicher Weise durch die bei ihm angewandte Morphium- und Chloralbehandlung spontan dazu gekommen, bei seinen Anfällen anstatt der Alkoholika nunmehr Morphium und Chloral zu nehmen. Bei zunehmender geistiger Schwäche verlor er das Verständniss für die Grösse der Dosen und ging an einer enormen Chloraldosis zu Grunde.

Ich glaube nicht, dass sich noch jemand von moralischer Behandlung Erfolg versprechen wird. Wie sollte man den bezeichnen, der dem Ertrinkenden Vorwürfe macht, dass er nach einem Strohhalm greift, solange ihm kein besserer Halt gereicht wird?

Mit der gewaltsamen Verhinderung am Alkoholgenuss durch Einsperrung ist gar nichts erreicht, so lange dem Kranken kein Aequivalent gereicht wird.

Nach alle dem halte ich die Anwendung der Narkotika, wie sie Prof. Mendel übt, womöglich in der Anstalt, für das Möglichste, was geleistet werden kann. Dass man aber auch in allen Fällen, die sich für Bromkalibehandlung eignen, den Patienten getrost das Mittel an die Hand geben kann, lehrt jener Fall aus der Westphal'schen Klinik.

Ueber die pathologische Anatomie der Dipsomanie unterlasse ich es, vollständig etwas anzuführen. Es existiren nur wenige Beobachtungen, die noch zu keinem Versuch berechtigen, eine Ansicht über Veränderungen im Gehirn aufzustellen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pfiicht, Herrn Professor Dr. Mendel für die freundliche Anregung zur Behandlung dieses Themas meinen aufrichtigen Dank hiermit öffentlich auszusprechen.

LITERATUR.

Brühl-Cramer, C. v., Ueber die Trunksucht.. 1819.
Clarus, J. Ch. Aug., Beiträge zur Erkenntnis zweifelhafter Seelenzustände. 1828.
Henke, A., Abhandlungen aus d. gerichtlich. Medicin. 1830.
Esquirol, Geisteskrankheiten, deutsch v. Bernhard. II. p. 37.
Huss, M., Alcoholismus chronicus. 1852.
Horn, Vierteljahrschrift. 1865. N. F. 2. Bd. p. 168.
Foville, Nouv. Dictionn. de méd. et chirurg. 1860. IX. p. 641.
Griesinger, W., Path. u. Therap. d. psychischen Krankheiten. 1861.
Trélat, Folie lucide. Paris 1861. p. 151.
Wilth, C., Dipsomanie, Dissert. Berlin 1869.
Haberhorn, Fr., Alkoholmisbrauch u. Psychosen. Dissert. Berlin 1869.
Mendel, E., Die Manie, Monographie. 1882. p. 105—117.
Praetorius, O., Ueber Dipsomanie, Dissert. Berlin 1882.
Blandford, M. D. G. F., Die Seelenstörungen u. ihre Beh. Deutsch v. Kornfeld. 1878.
Krafft-Ebing, R. v., Lehrbuch. II. Aufl. 1883.
Progrès Médical (Magnan, De la Dipsomanie). 1884. 4, 5, 6, 8, 10, 12, 14.

THESEN.

I.

Das Genu valgum adolescentium beruht auf Rhachitis.

II.

Die sanitätspolizeilichen Massregeln gegen Verbreitung der Lues durch die Venus vulgivaga sind unzureichend, aber einer Verschärfung fähig.

III.

Bei congenitalem totalem Uranoschisma ist von einer Uranoplastik abzustehen und eine Prothese einzulegen.

VITA.

Verfasser dieser Arbeit, Georg Adam Ernst Rothamel, wurde am 28. October 1860 zu Witzenhausen, Regierungs Bezirk Cassel, geboren und ist evangelischer Confession. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Gymnasium zu Marburg, welches er Ostern 1880 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Im Sommersemester 1880 studirte er zu Marburg. Am 23. October deseelben Jahres wurde er in die militärärztlichen Bildungsanstalten als Studirender aufgenommen. Vom 1. April 1881 bis 1. October 1881 genügte er seiner Dienstpflicht mit der Waffe als Einjährig-Freiwilliger in der 3. Compagnie Kaiser-Alexander-Garde-Grenadier-Regiments No. 1. Am 15. Juli 1882 bestand er das Tentamen physicum, am 3. Juli 1884 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten: Bardeleben, Baumann, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Eichler, Fräntzel, v. Frerichs, v. Gizycki, Grawitz, Gurlt, Gusserow, Hartmann, v. Helmholtz, Henoch, Hirsch, Hofmann, Jürgens, Kronecker, Leuthold, Lewin, Leyden, Liebreich, Liman, Melde, Mendel, Orth, Peters, Reichert, Salkowski, Schröder, Schweigger, Schwendener, Skrzeczka, Sonnenburg, Virchow, Wagner, Westphal, Wigand, Zeller.

Allen diesen Herren, seinen hochverdienten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.